TUSSENRAPPORTAGE EERSTELIJNSVERBLIJF EN DE Zvw

1 INLEIDING

Op 25 juli 2014 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Zorginstituut Nederland verzocht het 'eerstelijnsverblijf' te duiden. 'Eerstelijnsverblijf' omvat, aldus deze brief, 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.[1] (zie: bijlage 2) Deze omschrijving wordt ontleend aan de omschrijving van de prestatie verblijf in het Besluit zorgverzekering (artikel 2.12 Bzv).[2]

De minister verzoektt het Zorginstituut aan te geven 'wanneer er sprake is van eerstelijnsverblijf als verzekerde zorg (Zvw), en deze zorg helder af te bakenen ten opzichte van zowel respijtzorg in het sociale domein als andere zorgvoorzieningen in de curatieve en de langdurige zorg (ziekenhuizen en verpleeghuizen).' Tevens verzoekt de minister een inschatting te geven van de duur van het eerstelijnsverblijf.

Per 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd, onder gelijktijdige intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Per 1 januari is in de Zorgverzekeringswet de prestatie 'verpleging in de wijk' ingevoerd. Onder de Wlz valt, kortweg, de langdurige zorg voor mensen met een blijvende behoefte aan intensieve zorg of toezicht dichtbij, 24 uur per dag. De Zvw-prestatie maakt het mogelijk om onder de basisverzekering 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' te leveren aan een verzekerde in zijn eigen omgeving (artikel 2.10 Bzv).[3] Deze wijzigingen markeren in de regelgeving de maatschappelijke ontwikkeling waarbinnen zolang mogelijk thuis blijven wonen, ondanks ouderdom, beperking of aandoening, de norm wordt. Ondanks de mogelijkheden die de (wijk)verpleegkundige zorg in de eigen omgeving gaat bieden, zullen er onvermijdelijk zorgvragen zijn die (nog) niet (meer) in de eigen omgeving van de verzekerde beantwoord kunnen worden. Er zullen ongetwijfeld verzekerden zijn die zorg moeten krijgen binnen een, kortdurende, verblijfsvorm. Tot 1 januari 2015 bood de AWBZ faciliteiten voor kortdurend verblijf. Dit kortdurend verblijf kende onder de AWBZ verschillende vormen. We noemen een aantal: crisisbedden, spoedzorg, herstelzorg, palliatief terminale zorg, observatiebedden. De AWBZ is nu ingetrokken en kan niet meer de basis vormen voor dit kort verblijf.[4] De zorg in de eigen omgeving, bijvoorbeeld met behulp van de (wijk)verpleegkundige zorg, en de Wet langdurige zorg zullen, zoals gezegd, de behoefte aan kort verblijf echter niet doen verdwijnen. Het ligt voor de hand om te bekijken welke mogelijkheden bestaande wetten en regelingen nu al bieden en te toetsen of deze voldoende zijn of gewijzigd of aangevuld moeten worden. De prestatie verblijf is in de Zvw open omschreven: verblijf duurt minimaal 24 uur en het moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Deze omschrijving geeft ruimte voor velerlei vormen van (kortdurend) verblijf, waarvan het 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' er één is. Het eerstelijnsverblijf vormt een aanvulling op ingeburgerde verblijfsvormen onder de Zvw, zoals ziekenhuizen; revalidatie-instellingen; psychiatrische ziekenhuizen en het, recenter toegevoegde, verblijf in verband met geriatrische revalidatiezorg. Niet de medisch specialist is

---

[1] Brief, d.d. 25 juli 2014, kenmerk 647185-124119-CZ

[2] Artikel 2.12

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

[3] Artikel 2.10 Bzv

1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

[4] Eerstelijnsverblijf wordt nu bekostigd via een tijdelijke subsidieregeling op basis van de Wlz. Het eerstelijnsverblijf wordt in de subsidiergeling wel al omschreven als 'verblijf dat medisch noodzakelijk is in veband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. In de uitvoering leunt de subsidieregeling nog sterk op de AWBZ-systematiek met o.a. een (formele) indicatiestelling via het CIZ.

binnen het eerstelijnsverblijf de verantwoordelijke arts, maar een generalistische zorgverlener zoals de huisarts.

Dit is de achtergrond van het verzoek van de minister aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft de afgelopen tijd verkend welke mogelijkheden de Zvw biedt voor kort verblijf aan de hand de formulering 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Het doel was om het speelveld te schetsen waarbinnen partijen in de zorg en zorgverzekeraars gezamenlijk de mogelijkheden zouden hebben om tot een aanbod van deze bedden te komen. Daarmee keerden we de gebruikelijk opzet van onze duidingen om. Over het algemeen is het beginpunt van een duiding van het Zorginstituut een interventie bij een bepaalde indicatie. Het Zorginstituut toetst vervolgens of deze indicatie-interventie-combinatie onder de Zvw valt. In dit geval is er nog geen sprake van de bedoelde kort-verblijfbedden binnen de Zvw, maar geven we aan onder welke formele condities deze bedden onder de Zvw zouden kunnen vallen. Om deze reden spreken we dan ook liever over een verkenning van de regelgeving dan over een duiding.

De afgelopen maanden hebben we overlegd met partijen en hebben we reacties op onze concepten ontvangen. Uit overleg en reacties komt duidelijk naar voren dat de betrokkenen onze verkenning als een formeel document ervaren waarin de zorginhoud maar mondjesmaat aan de orde komt. Voorzover dat wel het geval is, ervaart men een groot verschil met de kortdurend-verblijfpraktijk onder de AWBZ, onder andere door een te grote nadruk in de beschrijving op de geneeskundige of medische context van het verblijf, aldus partijen.

We begrijpen deze reacties, maar vrezen ook dat in dit stadium een beschrijving onvermijdelijk nog praktijk ontbeert. Het 'eerstelijnsverblijf' wordt immers nog niet aangeboden in de praktijk, althans niet onder het regiem van de Zvw (behoudens enkele regionale initiatieven). De praktijk kunnen we vooralsnog alleen ontlenen aan de AWBZ. Het is echter niet mogelijk om de praktijk van de AWBZ rechtstreeks te vertalen naar de Zvw. Daarvoor verschillen de systematieken van deze wetten te veel. Het sturingsmechanisme onder de AWBZ met een centrale indicatiestelling los van de zorgverlening, gedetailleerde beleidsregels van het ministerie van VWS en een gebudgetteerde uitvoering via zorgkantoren vormt nu eenmaal een andere context voor 'kortdurend verblijf' (in dit geval het eerstelijnsverblijf) dan de Zvw. De Zvw vormt de basis voor een verzekering 'tegen de gevolgen van een behoefte aan geneeskundige zorg'. Dit is ook de reden voor de 'geneeskundige' benadering van het verblijf in onze verkenning. Verder kent de Zvw een open, functionele omschrijving van te verzekeren prestaties. Deze open, functionele omschrijving wordt ingevuld via het professionele arsenaal van de beroepsgroepen die het Bzv noemt; de indicatiestelling ligt in handen van de verantwoordelijke zorgverlener; de organisatie van het aanbod vindt plaats via het overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit zijn fundamentele verschillen met de AWBZ.

Met onze verkenning van de regelgeving en de systematiek van de Zvw proberen we de transitie van 'kortdurend verblijf' van het ene naar het andere regiem te ondersteunen, door de systematiek uit te leggen en toe te passen op dit verblijf. Bij deze vertaling spelen echter ook vragen rond 'gepaste' en 'goede' zorg en voor een antwoord hierop is inzicht in de zorginhoud nodig. Dit geldt bijvoorbeeld om te bepalen of de zorg die onder de AWBZ viel ook onder de Zvw kan vallen. Dit kunnen we niet voetstoots aannemen gezien de verschillen tussen beide wetten (het Zorginstituut duidt in 2015/2016 onder andere de 'extramurale behandeling' AWBZ om deze vraag te beantwoorden). Verder ligt binnen de Zvw de indicatiestelling in handen van de verantwoordelijke zorgverler. Deze indicatiestelling vergt een zorginhoudelijke beschrijving van de zorg waarbij ook duidelijk wordt hoe de verschillende zorgverleners en hun zorgaanbod zich tot elkaar verhouden (in verband met het eerstelijnsverblijf denken we dan vooral aan de verhouding tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater). Tenslotte, een doelmatige afbakening tussen verblijfsvormen die formeel mogelijk zijn binnen artikel 2.12 Bzv, kan alleen op basis van de zorginhoud gemaakt worden.

Hierna geven we een overzicht van zorginhoudelijke en organisatorische punten die volgens ons uitwerking behoeven, om de duiding van het eerstelijnsverblijf binnen de Zvw mogelijk te maken en de vraag van de minister te beantwoorden.

In de bijlage hebben we ter informatie de actuele versie van onze verkenning van de regelgeving opgenomen. Deze versie omvat de wijzigingen en aanvulling op basis van de reacties van partijen, voorzover dat mogelijk was.

2 AANDACHTSPUNTEN ZORGINHOUD en ORGANISATIE

Met het oog op de duiding geven wij hierna een overzicht van de zoorginhoudelijke en organisatorische aandachtspunten die naar onze mening betrokken zouden moeten woorden bij de totstandkoming van het afweginskader.

ZORGINHOUD

2.1 'Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'

Het eerstelijnsverblijf houdt verband met 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Deze omschrijving impliceert dat het verblijf verband houdt met 'kort'durende, generalistische medische zorg. Zorginhoudelijk moet duidelijk worden welke zorg het eerstelijnsverblijf kan omvatten, gegeven dit uitgangspunt.

Het gaat om een uitwerking in termen van zorgvraag/patiëntkenmerken met bijbehorende interventie. Het gaat hierbij om 'interventie' in de brede zin van het woord en dit omvat ook activiteiten als afwachten, observeren, stabiliseren, diagnosticeren, toezicht houden en pijnverlichten.

Deze uitwerking gaat bij voorkeur ook in op preventie of dreigend gezondheidsverlies. Onder de Zvw valt immers ook een hoog risico op een behoefte aan zorg (zoals huisartsen die plegen te bieden).

2.2 Medische noodzaak

Het verblijf is 'medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg'. Medisch noodzakelijk wil zeggen dat het eerstelijnsverblijf aan de orde is als de noodzakelijke zorg (nog) niet (meer) verantwoord en adequaat in de eigen omgeving geleverd kan worden. Dit betekent dat ook (opschaling van) de (wijk)verpleegkundige zorg in de eigen omgeving geen voldoende soelaas kan bieden. Met andere woorden welke overwegingen leiden tot het omslagpunt van eigen omgeving naar eerstelijnsverblijf. De medische diagnose en verpleegkundige diagnose kunnen hierbij afzonderlijk en in samenhang met elkaar een rol spelen. Factoren die hierbij een rol lijken te spelen zijn onder andere:

- de fysieke of psychische conditie van de patiënt;
- de intensitieit en/of complexiteit van de noodzakelijke zorg;
- de planbaarheid van de noodzakelijk zorg;
- welke zorg kan de eigen omgeving adequaat en verantwoord bieden (inclusief wijkverpleegkundige zorg).

Deze factoren vergen zorginhoudelijke uitwerking en overwegingen om 'medisch noodzakelijk' als voorwaarde voor eerstelijnsverblijf te kunnen duiden.

2.3 Verpleegkundige zorg en toezicht

Partijen geven aan dat binnen kortdurend verblijf de nadruk ligt op verpleegkundige zorg en toezicht. Evenals bij 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' is een zorginhoudelijke uitwerking nodig van deze verpleegkundige zorg en tooezicht. Duidelijk moet worden om welke zorgvraag/patiëntkenmerken het gaat en met welk doel de verpleegkundige zorg en toezicht plaatsvindt: wanneer is er nog sprake van een geneeskundige context (verpleegkundig toezicht met het oog op medisch handelen; onplanbaarheid van de zorg) en wanneer ligt de nadruk op het voortzetten van de eigen omgeving, de verblijfsetting. Ook hier gedt dus dat de medische en verpleegkundige diagnose in onderlinge samenhang bezien worden.

2.4 De specialistist ouderengeneeskunde

Welke zorg wil/kan de specialist ouderengeneeskunde bieden binnen de muren van het eerstelijnsverblijf? Ook hier gaat het om een uitwerking in termen van

zorgvraag/patiëntkenmerken en bijbehorende interventie. We denken hierbij vooral aan de specialistische medische ouderenzorg. De beroepsgroep gebruikt ook de omschrijving zorg in een 'multidisciplinair klimaat'. Vooral op deze punten is een zorginhoudelijke beschrijving nodig.

Het lijkt ons wenselijk dat ook expliciet aandacht geschonken wordt aan de aansluiting tussen eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg: onder welke zorginhoudelijke voorwaarden volstaat eerstelijnsverblijf en in welke gevallen is geriatrische revalidatiezorg zorginhoudelijk aangewezen?

2.5 …middelen
In de verkenning van de regelgeving gaan we ervan uit dat alleen die hulp-, genees- en verbandmiddelen tot het verblijf gerekend worden die tot de outillage van het verblijf behoren. Is het mogelijk om deze outillage-middelen te omschrijven?

ORGANISATIE
2.6 Proces van opname en ontslag
Hoe wordt het proces van opname en ontslag vormgegeven zowel vanuit/naar de eigen omgeving als vanuit het ziekenhuis?
Het gaat zowel om:

- *de zorginhoud*:
  - hoe verloopt het proces van indicatiestellling, dat wil zeggen hoe worden de medische diagnose en de verpleegkundige diagnose afzonderlijk en in samenhang vastgesteld;
  als om de
- (de overdracht van) *de verantwoordelijkheid*:
  - wie is op welk moment verantwoordelijk voor de patiënt;
  - hoe vindt de overdracht van verantwoordelijkheid plaats.

We onderscheiden daarbij de volgende situaties:

- vanuit eigen omgeving naar eerstelijnsverblijf:
  afstemming huisarts - wijkverpleegkundige - 'eerstelijnsverblijf';
- vanuit eerstelijnsverblijf naar eigen omgeving:
  afstemming 'eerstelijnsverblijf' - huisarts – wijkverpleegkundige;
- vanuit ziekenhuis naar eigen omgeving of eerstelijnsverblijf:
  afstemming medisch-specialist - transferverpleegkundige - huisarts – wijkverpleegkundige – 'eerstelijnsverblijf'.

2.7 Duur
Is het mogelijk om zorginhoudelijk een indicatie te geven voor de duur van het eerstelijnsverblijf. Met andere woorden, bij welke zorginhoudelijke overwegingen en bij welke termijn is het aangewezen om andere opties te onderzoeken, zoals een indicatie voor de Wlz.

BIJLAGE 1

TUSSENRAPPORTAGE

VERKENNING VAN DE REGELGEVING ROND HET EERSTELIJNSVERBLIJF

datum : 31 maart 2015

afdeling : sector Zorg – Zorg Dichtbij

auteurs : Carel Mastenbroek; Freerkje van der Meer; Dirk Achterbergh

INHOUDSOPGAVE

VERKENNING VAN DE REGELGEVING ROND EERSTELIJNSVERBLIJF

1 INHOUD VAN DE VERKENNING

De verkenning is als volgt opgebouwd. Aan de hand van de artikelen 2.4 en 2.12 Bzv gaan we in hoofdstuk 2 na wat we moeten verstaan onder:

- verblijf;
- in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden;
- opname, ontslag, verantwoordelijkheid;
- verantwoordelijkheidsverdeling en Zvw;
- medisch noodzakelijk;
- hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg;
- al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging
- … en paramedische zorg;
- … middelen;
- kortdurend;
- wettelijk verplicht eigen risico.

In hoofdstuk 3 gaan we in op de mogelijke rol van de specialist ouderengeneeskunde binnen het eerstelijnsverblijf. Het eerstelijnsverblijf vormt een opnamefaciliteit voor alle verzekerden: jeugdigen, fitte volwassenen met een incident, ouderen. Kwetsbare ouderen die thuis wonen zullen echter een belangrijke doelgroep vormen van het eerstelijnsverblijf. De zorg voor deze groep zal dan ook nadrukkelijk aan de orde komen. De specialist ouderengeneeskunde speelde een belangrijke rol bij tijdelijk, kortdurende verblijf onder de AWBZ. De Zorgverzekeringswet kent echter deze arts niet als zorgaanbieder in de eerste lijn. De specialist ouderen-geneeskunde, als extramurale zorgaanbieder, komt nu alleen voor binnen de geriatrische revalidatiezorg en binnen de subsidieregeling voor de extramurale behandeling AWBZ.[5] Deze subsidieregeling is in het leven geroepen omdat de AWBZ is ingetrokken en het Zorginstituut nog een standpunt moet uitbrengen om aan te geven of en, zo ja, in hoeverre de extramurale behandeling AWBZ onder de Zvw kan vallen. Vooruitlopend op deze duiding, zullen we onderzoeken of de specialist ouderengeneeskunde binnen de muren van het eerstelijnsverblijf een rol kan vervullen onder de basisverzekering.

In hoofdstuk 4, 5, 6 en 7 komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- eerstelijnsverblijf en andere vormen van verblijf binnen de Zvw zoals:
  - ziekenhuis (algemeen, maar ook psychiatrisch en revalidatieinstelling);
  - geriatrische revalidatie;
- hoe bakenen we Zvw-verblijf af ten opzichte van Wlz-verblijf;
- hoe bakenen we Zvw-verblijf af ten opzichte van Wmo-verblijf;
- hoe bakenen we Zvw-verblijf af ten opzichte van Jeugdwet-verblijf;
- palliatief terminale zorg.

In In hoofdstuk 8 hebben we de aandachtspunten benoemd die zorginhoudelijk uitgewerkt moeten worden, wil het eerstelijnsverblijf daadwerkelijk vorm en kunnen krijgen binnen de Zvw.

---

[5] Deze subsidieregeling loopt van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2016.

2 DE INHOUD EN OMVANG VAN HET EERSTELIJNSVERBLIJF

2.1 Verblijf in de Zvw

Dit rapport heeft als onderwerp het 'eerstelijnsverblijf' binnen de Zvw. Het Bzv kent echter geen prestatie 'eerstelijnsverblijf'. Het Besluit omvat een bepaling over 'verblijf' in artikel 2.12, en die luidt als volgt

> (…) verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

Artikel 2.4 Bzv omschrijft 'de geneeskundige zorg' als volgt:

> Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (…), alsmede paramedische zorg zoals bedoeld in artikel 2.6 (…)

Uit de begripsomschrijving die bij het Besluit hoort, blijkt verder dat er pas van 'verblijf' in de zin van de Zvw gesproken kan worden als het gaat om verblijf van minimaal 24 uur.

Deze omschrijving is ruim en kan uiteenlopende verschijningsvormen krijgen in de praktijk, afhankelijk van de inhoud van de geneeskundige zorg die geboden wordt. Dat is nu ook al het geval. Wij kennen immers, ziekenhuizen (instellingen voor medisch specialistische zorg), revalidatie-instellingen, psychiatrische ziekenhuizen, geboortecentra. Het verblijf in één van deze instellingen valt onder de Zvw, als het medisch noodzakelijk is.

Daarnaast geeft ook de 'geriatrische revalidatiezorg' een verblijfsmogelijkheid. De 'geriatrische revalidatiezorg' is een vorm van 'geneeskundige zorg' en als aparte prestatie binnen het Bzv omschreven in artikel 2.5 onder c. De bepaling luidt als volgt:

> Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Uit oogpunt van de te verzekeren prestatie (de basisverzekering) is het niet altijd nodig om deze verschillende verblijfsvormen van elkaar te onderscheiden. Vaak volstaat de constatering dat er sprake is van 'verblijf' onder de basisverzekering (in formele zin) en dat dit uit dien hoofde voor vergoeding in aanmerking komt.

Zorginhoudelijk is het verschil wel degelijk van belang; het moet immers duidelijk zijn wie in aanmerking komt voor welke specifieke vorm van verblijf, welke zorgverlener verantwoordelijk is voor de geneeskundige zorg tijdens het verblijf en wie beslist over 'opname' en 'ontslag'. Ook de bekostiging vereist een duidelijk onderscheid: voor de verschillende verblijfsvormen zullen waarschijnlijk uiteenlopende tarieven gelden.

Ook buiten het domein van de Zvw zijn er verblijfsvormen beschikbaar die uit collectieve middelen gefinancierd worden. Binnen het systeem van de sociale ziektekostenverzekering is dit vanaf 1 januari 2015 het verblijf op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz); binnen het gemeentelijk domein is dit het verblijf op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Deze wetten kennen alle hun eigen systematiek, regelgeving en financiering. Het moet helder zijn onder welke voorwaarden welke wet aan de orde is.

Tegen deze achtergrond verkennen we in dit rapport een 'nieuwe' verblijfsvorm onder de Zvw: het verblijf medisch noodzakelijk in verband met de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, of kortweg 'het eerstelijnsverblijf'. Tot nu toe kenden we binnen de basisverzekering geen verblijfsvorm onder verantwoordelijkheid van de huisarts. De introductie hiervan is wel een logische stap binnen de veranderingen rond de langdurige zorg. De Zvw moet mensen de mogelijkheden bieden om desgewenst langer thuis te blijven wonen, ondanks hoge leeftijd, aandoening of beperking. De introductie van de (wijk)verpleegkundige zorg zal hieraan een

belangrijke bijdrage leveren, evenals de ondersteuning vanuit het gemeentelijke domein. Deze ontwikkeling brengt met zich mee dat er steeds meer mensen met een zwaardere zorgvraag, thuis blijven wonen. Deze zorgvraag kan aan veranderingen onderhevig zijn: er kunnen incidenten zijn, exacerbaties, instabiele periodes of acute complicaties. Aangezien zij thuis wonen is de huisarts de eerstverantwoordelijke (in samenwerking met de wijkverpleegkundige) om in deze situaties de noodzakelijke zorg te verlenen. Niet altijd zal deze zorg ook thuis geleverd kunnen worden, bijvoorbeeld omdat een periode aaneengesloten (geneeskundige) observatie nodig is, diagnostiek die een bepaalde infrastructuur vergt of geneeskundige zorg op onplanbare momenten. Als de huisarts besluit dat hij deze zorg onder zijn verantwoordelijkheid kan uitvoeren, vormt het eerstelijnsverblijf hiervoor een opnamefaciliteit.

Wat kunnen we zeggen over de inhoud en omvang van het eerstelijnsverblijf op basis van artikel 2.12 Bzv in samenhang met artikel 2.4 Bzv? Op deze vraag gaan we in dit hoofdstuk in.

2.2 In verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden

Artikel 2.12 Bzv gaat over 'verblijf in verband met geneeskundige zorg', in casu 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. 'Plegen te bieden' is het begrip dat het Besluit zorgverzekering in artikel 2.4 hanteert om de inhoud en omvang van de te verzekeren geneeskundige zorg af te bakenen. 'Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' concretiseert het domein waarop de te verzekeren prestaties betrekking heeft. Het Zorginstituut legt dit domein als volgt uit: het omvat een professioneel arsenaal aan zorg, waarvoor het arsenaal van de huisartsen als uitgangspunt dient. De huisartsen als beroepsgroep hebben dit arsenaal beschreven in geschreven documenten, zoals richtlijnen, standaarden, beroepsvisies, omschrijving deskundigheidsgebieden.[6] Dit arsenaal omvat een verscheidenheid aan activiteiten, bijvoorbeeld observeren (bijvoorbeeld in de zin van 'afwachten' onder geneeskundig of verpleegkundig toezicht), bewaken, diagnosticeren, medicatie toedienen, huisartsgeneeskundige verrichting doen. Uit 'observeren' en 'diagnosticeren' volgt dat er nog geen sprake hoeft te zijn van een medische diagnose.

Hiermee zijn nog niet alle vragen beantwoord, bijvoorbeeld:

- hoe is de toegang tot het eerstelijnsverblijf geregeld, met andere woorden: wie stelt de 'medische noodzaak tot verblijf' vast en hoe wordt dit vastgesteld;
- hoe is het ontslag uit het eerstelijnsverblijf geregeld, met andere woorden: wanneer houdt de 'medische noodzaak tot verblijf' op of wanneer is de patiënt niet meer 'redelijkerwijze aangewezen op' de geneeskundige zorg die tijdens dit verblijf geleverd wordt;
- wie draagt de (medische) verantwoordelijkheid voor de patiënt tijdens het verblijf;
- kunnen ook andere zorgverleners dan de huisarts binnen het eerstelijnsverblijf een rol spelen.

Op deze vragen gaan we in de volgende paragrafen in.

2.3 Toegang tot, ontslag uit en verantwoordelijkheid tijdens het 'eerstelijnsverblijf'

In Nederland gaan we uit van een huisartsenzorg die 'persoonlijk, integraal en continu' is. In Nederland heeft een verzekerde een 'eigen' huisarts: de huisarts bij wie hij ingeschreven is. Deze huisarts is de generalistische zorgaanbieder tot wie een verzekerde zich als eerste wendt zodra hij of zij een zorgvraag heeft. De zorg van deze huisarts omvat alle facetten van de gezondheid van de verzekerde ('persoonlijk en integraal') en is 7x24 uur beschikbaar ('continu': via waarneming of huisartsenpost). Deze huisarts kan ook bij de verzekerde in de eigen omgeving zorg verlenen; hij is voor de verzekerde de 'poortwachter' naar de tweede lijn.

---

[6] Zie: *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'*; CVZ-publicatie nr 268, november 2008, www.zorginstituutnederland.nl

De ‘eigen’ huisarts is dus de zorgverlener die als eerste geraadpleegd wordt bij een zorgvraag in de eigen omgeving van de verzekerde (waar nodig in samenwerking met de andere generalistische zorgaanbieder in de eigen omgeving: de wijkverpleegkundige). Deze huisarts is degene die de zorgvraag weegt en de afweging maakt of afwachten, geruststellen, zorgverlenen of doorverwijzen naar een andere zorgverlener aan de orde is, met andere woorden degene die de medische diagnose stelt en in eerste instantie het medische beleid bepaalt. Vervolgens zal vastgesteld moeten worden of de noodzakelijke zorg in de eigen omgeving van de verzekerde verleend kan worden of dat bijvoorbeeld opname in een verblijfsomgeving aan de orde is. Deze afweging zal vaak plaatsvinden in samenspraak met de (wijk)verpleegkundige. De (wijk)verpleegkundige komt immers achter de voordeur bij de verzekerde en kan een inschatting maken van de context van de betrokkene. Daarnaast zullen verpleegkundige zorg en toezicht belangrijke bestanddelen van de zorg zijn in het eerstelijnsverblijf (we komen hier later nog op terug). Dit betekent dat de medische diagnose/indicatiestelling en verpleegkunidge diagnose/indicatiestelling in samenhang bezien worden. Het ligt voor de hand dat de huisarts dan ook in samenspraak met de (wijk)verpleegkundige bepaalt of opname noodzakelijk is.

Dit staat los van de formele beslissing voor opname. Zorginstituut Nederland meent dat het formele besluit over opname bij de ‘eigen’ huisarts ligt als eerstbetrokken medische zorgverlener. Eerstelijnsverblijf kan ook (en misschien zelfs vooral) aangewezen zijn in aansluiting op een ziekenhuisopname. De transferverpleegkundige zal bij deze route naar het eerstelijnsverblijf een belangrijke rol spelen. Deze route zal wel anders vorm moeten krijgen dan onder de AWBZ, omdat nu de indicatiestelling niet meer via het CIZ verloopt. De transferverpleegkundige moet gaan functioneren binnen het raamwerk van afspraken tussen huisarts en medisch specialist. Dit raamwerk is van belang omdat de huisarts vanzelfsprekend in de praktijk niet iedere patiënt zelf kan indiceren voor opname in het eerstelijnsverblijf vanuit het ziekenhuis. Dit raamwerk moet afspraken mogelijk maken in het individuele geval over overdracht en indicatiestelling.

Deze organisatie van de indicatiestelling volgt uit het systeem van de Zvw. Binnen dit domein is er geen sprake van een (centraal) indicatieorgaan los van de zorgverlening. De indicatiestelling is gebaseerd op de professionele overwegingen van de betrokken zorgverlener. Hij geeft hiermee invulling aan het algemene indicatievereiste binnen de Zvw dat is neergelegd in artikel 2.1 lid 3 Bzv:

> Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijze is aangewezen.

De zorg in het eerstelijnsverblijf is gericht op herstel, althans terugkeer naar de eigen omgeving. Op enig moment moet vastgesteld worden of de patiënt weer naar de eigen omgeving kan terugkeren of dat een opschaling van de zorg nodig is, bijvoorbeeld een verwijzing naar de tweede lijn. Ook is het mogelijk dat een indicatieaanvraag voor de Wlz overwogen moet worden. Het ligt voor de hand dat ook bij ontslag de ‘eigen’ huisarts in eerste instantie aan zet is, met name als het gaat om terugkeer naar de eigen omgeving.

De verantwoordelijkheid voor opname in en ontslag uit het eerstelijnsverblijf leggen we dus in beginsel bij de ‘eigen’ huisarts. Over de overdracht van deze verantwoordelijkheid kan hij, afspraken maken met andere zorgaanbieders en huisartsenposten. Dit kan samenhangen met beschikbaarheid (afspraken in verband met waarneming), maar ook met andere zorginhoudelijke of organisatorische overwegingen. De verantwoordelijkheid voor de patiënt tijdens het verblijf hangt af van de organisatorische vormgeving van het eerstelijnsverblijf. Op de ‘verantwoordelijkheidsverdeling’ in samenhang met de Zvw, gaan we hierna in.

2.4 Verantwoordelijkheidsverdeling en Zvw

Het eerstelijnsverblijf vormt een tussenstation tussen zorg in de 'eigen omgeving' enerzijds en zorg in een instelling voor medisch specialistische zorg of Wlz anderzijds. Het gaat om een

patiënt voor wie de zorg niet meer (al of niet definitief) of nog niet adequaat en verantwoord in de eigen omgeving geleverd kan worden. Het eerstelijnsverblijf is een opnamefaciliteit waarin een generalistisch, professioneel arsenaal ingezet kan worden.

De Zvw geeft aan 'wat' onder de basisverzekering valt. De wet geeft niet aan 'wie' deze zorg moet leveren of 'waar' deze moet plaatsvinden. In onze duidingen spreken wij daarom evenmin over 'wie' en 'waar'. Dit betekent dat we ook niet ingaan op de vraag hoe het aanbod van de zorg die onder de Zvw valt, georganiseerd moet worden. De keuze voor een organisatievorm laten we over aan de betrokken zorgaanbieders en aan de zorgverzekeraars die de zorg moeten inkopen. Dit betekent dat wij in een duiding in eerste instantie uitgaan van, in dit geval, de huisarts als individuele zorgaanbieder (met de individuele verantwoordelijkheden besloten in wettelijke bepalingen uit de wet BIG en uit de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst). Het staat de zorgaanbieders vervolgens vrij om voor hun individuele zorg een instelling als organisatievorm te kiezen (waarbij dan de Kwaliteitswet zorginstellingen een rol gaat spelen en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden van instellingen voor de kwaliteit van de zorgverlening: verantwoorde zorg).

Een instelling als organisatievorm voor het verblijf ligt ook voor de hand. We gaan er niet vanuit dat een individuele huisarts zelf het verblijf gaat organiseren, toezicht houdt, verpleegkundigen contracteert of permanent beschikbaar zal zijn om zorg te verlenen. Evenmin als een medisch specialist dit doet in een ziekenhuis. Het eerstelijnsverblijf moet een organisatievorm krijgen, waarbinnen de 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' binnen een verblijfssetting gestalte gaat krijgen, met andere woorden een organisatievorm met een dak, bad, bed, brood, generalistische medische zorg, verpleegkundige zorg en toezicht en verzorging.

2.5 De onderdelen van artikel 2.12 Bzv

2.5.1 Medisch noodzakelijk

Belangrijk is de voorwaarde dat het verblijf medisch noodzakelijk is. In principe wordt huisartsenzorg op de praktijk van de huisarts geleverd of in de eigen omgeving van de cliënt. Als de zorg daar niet verantwoord en/of adequaat geleverd kan worden, kan de huisarts besluiten dat er reden is voor opname. ‘Niet adequaat of verantwoord’ kan bijvoorbeeld aan de orde zijn omdat de infrastructuur van het verblijf gewenst is vanwege de beschikbare apparatuur. Medisch specialistische zorg zal eerder eisen stellen aan de infrastructuur dan huisartsenzorg. Op voorhand lijkt de medische noodzaak voor eerstelijnsverblijf voornamelijk te liggen in de behoefte aan continue verpleegkundige aanwezigheid in de nabijheid: de verpleegkundige die zowel verpleegkundig handelt, als een wakend oog heeft over de medische situatie van de patiënt om tijdig de behoefte aan medisch ingrijpen te signaleren. ‘Verblijf in verband met geneeskundige zorg’ is immers aan de orde als er sprake is van een instabiele (zorg)situatie of een situatie die zonder adequate toezicht en zorg instabiel kan worden. De nadruk die binnen het eerstelijnsverblijf zal liggen op verpleegkundige zorg en toezicht, veronderstelt een goede mix aan verpleegkundige en verzorgende deskundigheden van uiteenlopende niveaus. Er moet in ieder geval een verpleegkundige aanwezig zijn die geëquipeerd is, om zelfstandig veranderingen in de medische situatie tijdig te onderkennen en hierop adequaat te reageren.

We willen nog opmerken dat ‘medisch noodzakelijk’ en ‘(behoefte aan) geneeskundige zorg’ niet twee termen voor hetzelfde begrip zijn. Het is goed om de begrippen te onderscheiden en te begrijpen wat de reikwijdte is.
'(Behoefte aan) geneeskundige zorg' houdt in: wat mankeert de verzekerde en welke zorg wordt ingezet? Het gaat dus om de combinatie van zorgvraag en interventie. 'Behoefte aan geneeskundige zorg' betekent niet per se een aandoening of medische diagnose. Het kan ook gaan om dreigend gezondheidsverlies, voorkomen van verergering, diagnostiek, stabilisatie etc.

'Medische noodzaak' vormt de verbinding tussen 'verblijf' en 'geneeskundige zorg'. De overwegingen rond medische noodzaak moeten duidelijk maken waarom de benodigde geneeskundige en/of verpleegkundige zorg niet thuis geleverd kan worden, maar een verblijfsomgeving vergt. 'Dreigend gezondheidsverlies' is in eerste instantie een indicatie voor zorg; het kan ook een 'medische noodzaak' voor verblijf vormen, bijvoorbeeld wanneer de eigen omgeving niet in staat is tot zaken als medicatietoediening of niet in staat is wijzigingen in de gezondheidssituatie vast te stellen die tot geneeskundig ingrijpen nopen. Het vaststellen van de medische noodzaak tot verblijf vergt dus inzicht in de situatie thuis; de context van de verzekerde; het verloop van ziekte of aandoening. Dit betekent dat de verpleegkundige diagnose en zorg mede de medische noodzaak voor verblijf bepalen, maar dat deze altijd figureren binnen een geneeskundige context.

2.5.2 Hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg
Onder de Zvw valt ook de zogenaamde geïndiceerde preventie. Dit betekent dat zorg onder de basisverzekering valt als deze geleverd wordt in verband met een hoog risico op een behoefte aan (geneeskundige) zorg. In artikel 2.10 Bzv waarin de zogenaamde 'verpleging in de wijk' is geregeld, is dit zelfs expliciet opgenomen. Zoals voor alle zorg onder de Zvw geldt dit ook voor het medisch noodzakelijk verblijf. Dit betekent dat verblijf ook aan de orde kan zijn als er nog geen sprake is van een acute aandoening. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat de patiënt thuis het risico loopt op ontstaan van of verergering van een aandoening, of omdat, kortweg, gezondheidsverlies dreigt.
Dit risico kan samenhangen met de toestand van de verzekerde (een aandoening die verergert; een complicatie; eventuele multimorbiditeit). Het risico kan ook samenhangen met de omgeving van de verzekerde, bijvoorbeeld het (tijdelijk) wegvallen van een mantelzorger. Opname in het ''eerstelijnsverblijf' kan dan een optie zijn, maar deze opname veronderstelt altijd een verband met 'geneeskundige zorg'. Het eerstelijnsverblijf is niet bedoeld om de 'eigen omgeving' van de verzekerde over te nemen.

2.5.3 (…) al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging en paramedische zorg *(…)*
De behoefte aan verpleging en verzorging tijdens het verblijf is duidelijk. Hierboven hebben we al aangegeven dat de behoefte aan toezicht door een verpleegkundige in een zorginhoudelijk instabiele situatie vaak de medische noodzaak voor het eerstelijnsverblijf zal vormen: de verpleegkundige speelt dan een rol bij de behoefte aan geneeskundige zorg. Tijdens het verblijf heeft een patiënt ook een behoefte aan verpleegkundige zorg en verzorging. De verpleegkundige moet bijvoorbeeld technische handelingen verrichten (medicatie toedienen; infuus aanleggen; injecteren). Daarnaast wordt de patiënt ook verzorgd. De mate waarin zal per patiënt variëren. Soms is de patiënt zelfstandig in staat tot persoonlijke verzorging, soms is er sprake van een volledige overname van deze zorg. Ook al varieert de behoefte, iedere patiënt is in meerdere of mindere mate aangewezen op 'verpleging of verzorging' tijdens het verblijf.

Dit geldt niet voor de paramedische zorg. De paramedische zorg die in artikel 2.12 Bzv genoemd wordt, moet samenhangen met de indicatie waarvoor de patiënt verblijft. Het is niet zo dat paramedische zorg die, voorafgaand aan het verblijf, extramuraal geleverd wordt, tijdens een eerstelijnsverblijf onder de vleugels van de prestatie verblijf wordt voortgezet. Het is eerder waarschijnlijk dat eventuele extramurale paramedische zorg (al dan niet onderdeel van een breder zorgpakket) wordt stopgezet, zodra een patiënt verblijft en na ontslag wordt voortgezet. Mocht deze (extramurale) paramedische zorg tijdens het verblijf voortgezet (moeten) worden, dan blijft de extramurale, eerstelijnsprestatie gelden. Tot het verblijf kan eigenlijk alleen die paramedische zorg gerekend worden, waarvoor de indicatie ontstaat gedurende het verblijf.

De regelgeving leidt tot dit onderscheid tussen intramurale en extramurale paramedische zorg. De uitvoering moet uitwijzen of het onderscheid in de praktijk van alledag werkbaar is.

2.5.4 …middelen

Kunnen we uit de regelgeving uitgangspunten afleiden om te bepalen tot welke te verzekeren prestatie de geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen tijdens het eerstelijnsverblijf gerekend moeten worden? Deze uitgangspunten zijn van belang voor de bekostging van de middelen.
De toelichting bij de prestatie verblijf zegt het volgende:

> Het in deze bepaling geregelde verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 van dit besluit, omvat ook de daarmee gepaard gaande verpleging en verzorging. Verpleging en verzorging zijn als extra zorg in deze bepaling genoemd. Uiteraard omvat verblijf meer dan slechts een bed, maar ook eten en drinken, het schoonhouden van de kamer enzovoort. Zoals in de toelichting op artikel 2.4 is gesteld omvat de geneeskundige zorg ook de noodzakelijke toepassing van materialen, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen. Ook deze materialen zijn niet apart in deze bepaling vermeld. Datzelfde geldt voor operatiematerialen en voor bijvoorbeeld verband-, verzorgings- en verpleegmiddelen die in het kader van verzorging en verpleging tijdens het verblijf worden toegepast.

We gaan ervan uit dat alleen die middelen ter beschikking staan als onderdeel van het eerstelijnsverblijf die samenhangen met de geneeskundige zorg waarvoor het verblijf is geïndiceerd. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld de antibiotica of pijnstilling die een patiënt dan nodig heeft onder de geneeskundige zorg binnen het verblijf vallen. Ook een rolstoel valt onder de geneeskundige zorg en hoeft niet door de patiënt te worden meegenomen. Met andere woorden we scharen onder de geneeskundige zorg (en daarmee onder het 'eerstelijnsverblijf') de verband-/genees- en hulpmiddelen die deel uit maken van de 'outillage' van het verblijf. Dit betekent dat we de middelen die de verzekerde in de eigen omgeving gebruikt en die daar via de extramurale prestatie worden vergoed, ook tijdens het verblijf, nog steeds tot de extramurale prestatie rekenen. Zorginhoudelijk gezien: deze middelen kunnen via de eigen apotheek beschikbaar blijven.

2.5.5 Kortdurend

Het verblijf houdt verband met 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. De huisarts verleent generalistische geneeskundige zorg onder de Zvw. In het algemeen geldt dat verblijf onder de Zvw kortdurend is, althans eindig in de tijd, omdat zorg onder de Zorgverzekeringswet gericht is op herstel, genezing, voorkomen (van verergering) van een aandoening. Kortom, het is erop gericht de patiënt weer in staat te stellen naar zijn eigen omgeving terug te keren. Kortdurend is een relatief begrip; vaak wordt een termijn van drie maanden gehanteerd als maximum. Artikel 2.12 lid 1 Bzv vermeldt een maximale duur van 1.095 dagen. Dat is weliswaar formeel het maximum, maar dit is rijkelijk lang voor verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, nog daargelaten dat dit maximum eigenlijk niet algemeen geldend is.[7] Aan de andere kant is er ook geen basis in de regelgeving voor een maximum van drie maanden. Een dergelijke termijn kan wel een ijkpunt zijn voor de afweging of een patiënt überhaupt nog verantwoord naar zijn eigen omgeving kan terugkeren. Het kan ook zijn dat dan een indicatie voor de Wet langdurige zorg overwogen moet worden.

Kortom, de maximale duur voor eerstelijnsverblijf kunnen we niet uit de regelgeving afleiden. Zorginhoudelijk zal wel de vraag spelen hoe lang een huisarts verantwoording wil nemen voor een patiënt die opgenomen is en hoe lang verblijf zorginhoudelijkverantwoord en zinnig is voordat andere opties overwogen moeten worden. Het Zorginstituut meent dan ook dat het wenselijk is dat de betrokken beroepsgroepen zich zorginhoudelijk over de maximale duur voor eerstelijnsverblijf uitspreken.

---

[7] De MvT bij het Besluit zorgverzekering geeft aan dat dit maximum van 1.095 dagen alleen is opgenomen om het langdurige GGZ-verblijf onder de Zvw mogelijk te maken vanaf 1 januari 2015. Voorheen gold een maximum van 365 dagen.

2.5.6 Wettelijk verplichte eigen risico

De vraag is of op het eerstelijnsverblijf het wettelijk verplichte eigen risico van toepassing is. Eerstelijnsverblijf houdt verband met 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en deze zorg is expliciet uitgesloten van het wettelijk verplichte eigen risico.[8] Echter, artikel 2.12 Bzv omvat twee elementen, het 'verblijf' en de 'geneeskundige zorg'. Voor het al of niet de toepasselijk zijn van het wettelijk verplichte eigen risico kan zowel geredeneerd worden vanuit 'het verblijf' (waarvoor het wel zou gelden), als vanuit 'de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' (waarvoor het niet zou gelden). Het Zorginstituut meent dan ook dat de toepasselijkheid van het wettelijk verplichte eigen risico niet uit de regelgeving kan worden afgeleid.

Samengevat

Toegang, ontslag, verantwoordelijk behandelaar

Het Zorginstituut meent dat de 'eigen' huisarts formeel besluit over opname in en ontslag uit het eerstelijnsverblijf. De organisatorische vormgeving van het eerstelijnsverblijf en de afspraken die de huisarts maakt over overdracht van de zorg bepalen de verdere verantwoordelijkheidsverdeling.

Hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg

Als er sprake is van een hoog risico op een aandoening, ziekte of verergering hiervan dan valt de geneeskundige zorg die nodig is om dit te voorkomen, onder de Zvw. Er is dan sprake van geïndiceerde preventie. Dit betekent dat verblijf ook aan de orde kan zijn als er nog geen sprake is van een acute aandoening, maar wel van een hoog risico op een aandoening. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat de patiënt thuis het risico loopt op ontstaan van of verergering van een aandoening, of omdat, kortweg, gezondheidsverlies dreigt.

Medische noodzaak

De medische noodzaak voor eerstelijnsverblijf lijkt op voorhand voornamelijk te liggen in de behoefte aan continue verpleegkundige aanwezigheid in de nabijheid: de verpleegkundige die zowel verpleegkundig handelt, als een wakend oog heeft over de medische situatie van de patiënt om tijdig de behoefte aan medisch ingrijpen te signaleren. Opname in het eerstelijnsverblijf veronderstelt dan ook dat er sprake is van een instabiele (zorg)situatie.

Maximale duur

De maximale duur voor eerstelijnsverblijf kunnen we niet uit de regelgeving afleiden. Zorginhoudelijk zal wel de vraag spelen hoe lang deze vorm van verblijf zorginhoudelijk verantwoord en zinnig is, voordat andere opties overwogen moeten worden. Het Zorginstituut meent dan ook dat het wenselijk is dat de betrokken beroepsgroepen zich zorginhoudelijk over de maximale duur van het eerstelijnsverblijf uitspreken.

Paramedische zorg

Mocht (extramurale) paramedische zorg tijdens het verblijf voortgezet (moeten) worden, dan blijft de extramurale, eerstelijnsprestatie gelden. Tot het verblijf kan alleen die paramedische zorg gerekend worden, waarvoor de indicatie ontstaat gedurende het verblijf.

De regelgeving leidt tot dit onderscheid tussen intramurale en extramurale paramedische zorg. De uitvoering moet uitwijzen of het onderscheid in de praktijk van alledag werkbaar is.

Verband-/genees- en hulpmiddelen

Tot het eerstelijnsverblijf rekenen wij alleen die verband-/genees- en hulpmiddelen die verband houden met de geneeskundige zorg binnen het verblijf. Deze variant strookt met de regelgeving en lijkt ook uitvoerbaar en te bekostigen. Het is aan partijen om aan te geven of ze hiermee eens zijn.

---

[8] Artikel 2.17 lid 1 Bzv onder b..:
1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
(…)
b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,
(…)

samengevat - vervolg
Wettelijk verplichte eigen risico
De toepasselijkheid van het wettelijk verplichte eigen risico kan niet uit de regelgeving worden afgeleid. Er kan zowel geredeneerd worden vanuit 'het verblijf' (waardoor het wel zou gelden), als vanuit 'de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' (waardoor het niet zou gelden).

3 Eerstelijnsverblijf en de specialist ouderengeneeskunde

3.1 'Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'

Wij hebben geconstateerd dat ouderen een belangrijke doelgroep zullen vormen voor het eerstelijnsverblijf. Onder de AWBZ speelde de specialist ouderengeneeskunde binnen dit verblijf een belangrijke rol. Het ligt voor de hand dat de inzet van deze arts ook onder de Zvw mogelijk moet zijn binnen het eerstelijnsverblijf. De specialist ouderengeneeskunde is expliciet opgenomen in artikel 2.5 Bzv onder c, waar de geriatrische revalidatiezorg is geregeld. Buiten de geriatrische revalidatiezorg is de specialist ouderengeneeskunde (nog) niet 'actief' binnen de Zvw. De vraag is dan ook hoe de inzet van deze arts binnen het eerstelijnsverblijf vorm kan krijgen. Bij de beantwoording van deze vraag spelen twee punten een rol:

1. de functionele systematiek van de Zvw;
2. de extramurale behandeling AWBZ[9] (zoals nu vormgegeven binnen een subsidieregeling).

In deze verkenning bespreken we een vorm van kortdurend verblijf die wij gekoppeld hebben aan 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Volgens de functionele systematiek van de Zvw betekent dit dat niet alleen huisartsen deze zorg kunnen leveren, maar ook andere zorgverleners, zolang het maar gaat om het omschreven professionele arsenaal en de betrokken zorgverlener 'bevoegd en bekwaam' is.

De eerste vraag is dan ook of de specialist ouderengeneeskunde zorg levert 'zoals huisartsen die plegen te bieden'.
Volgens het beroepsprofiel van de specialisten ouderengeneeskunde is de inzet van een specialist ouderengeneeskunde nodig bij[10]:

1. Het bieden van functionele diagnostiek respectievelijk zorgdiagnostiek door een specialist ouderengeneeskunde.
2. Het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde door de huisarts, gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg.
3. Het geven van specifieke complexe, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg). De CSLM-zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid en regie van de specialist ouderengeneeskunde

Een grondige bespreking van het deskundigheidsgebied van de specialist ouderengeneeskunde valt buiten het bestek van deze verkenning. Wel kunnen we een aantal voorlopige conclusies trekken over deze drie punten. 'Het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde door de huisarts, gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg', valt volgens het Zorginstituut onder de Zvw. Het Zorginstituut vat deze inzet onder de termen 'consultatie' en 'medebehandeling'. Het gaat ervan uit dat de specialist ouderengeneeskunde in deze gevallen zorg levert 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. De specialist ouderengeneeskunde levert dan generalistische medische zorg aan ouderen en bedient zich daarbij van een zorgarsenaal dat overeenstemt met dat van een huisarts die aan een algemene populatie zorg levert (in de zin van beschikbare diagnostiek en interventies én van competenties om deze diagnostiek en interventies verantwoord en zinnig in te zetten). Dit laat onverlet dat de specialist ouderengeneeskunde zich richt op een specifieke populatie en voor deze populatie ook over specifieke deskundigheid beschikt. Het beschikken over een specifieke deskundigheid betekent echter niet dat een nieuw professioneel arsenaal binnen de Zvw wordt geïntroduceerd. Ook een jeugdarts beschikt over specifieke deskundigheid voor een bepaalde groep verzekerden. Ook een infectiearts beschikt

[9] De AWBZ-functie Behandeling is, volgens het ingetrokken artikel 8 Bza, gericht op 'herstel of voorkomen van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkomen van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap', aldus het artikel. En verder, de behandeling is van 'specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard'. Voor de extramurale behandeling die verband houdt met een zintuiglijke beperking heeft het ZIN al in 2013 een standpunt uitgebracht. Hierin is duidelijk gemaakt dat een deel van deze behandeling onder de Zvw kan en zal vallen (thans opgenomen in artikel 2.5 Bzv onder a.) Een deel bleek echter niet met de aard en reikwijdte van de Zvw te stroken en valt dan ook onder de Wmo. Deze uitkomst is niet verwonderlijk: 'behandeling' in de zin van de AWBZ is immers niet hetzelfde als 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw. Onder 'behandeling' worden activiteiten geschaard die eerder 'begeleiding' en 'ondersteuning' inhouden dan 'geneeskundige zorg' overeenkomstig de Zvw.

[10] *Beroepsprofiel specialisten ouderengeneeskunde*. Verenso. 2012

over specifieke deskundigheid rond een bepaalde categorie aandoeningen. Daarnaast, de generalistische medische zorg voor ouderen behoort op zich tot het professionele werkterrein van de huisarts.[11] [12]

Dit betekent dat de huisarts een specialist ouderengeneeskunde kan consulteren bij de zorg die hij verleent aan een oudere in het eerstelijnsverblijf en dat deze consultatie dan onder de basisverzekering valt (zoals hij ook een medisch specialist kan consulteren als hij dat nodig acht). De huisarts kan ook afspraken met de specialist ouderengeneeskunde maken over 'medebehandeling' binnen de muren van het eerstelijnsverblijf. Ook deze inbreng valt dan onder de basisverzekering. Het is aan de betrokken huisarts en specialist ouderengeneeskunde om hierover zorginhoudelijke afspraken te maken.

3.2 Generalistische en specialistische medische ouderenzorg

De volgende vraag is of ook de activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde die onder 1. en 3. genoemd worden, binnen het eerstelijnsverblijf aan de orde kunnen zijn en dan ook onder de Zvw vallen.

Aanvullende functionele en zorgdiagnostiek worden ingezet als er sprake is van een beperking of handicap. Er wordt vastgesteld wat de inhoud en omvang van de beperking of aandoening zijn (het beperkingenbeeld), wat dit betekent voor het functioneren van betrokkene en welke 'behandeling' is aangewezen. Het vaststellen van een beperkingenbeeld lijkt niet te vallen onder generalistische medische zorg in de geest van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Deze diagnostiek lijkt eerder verwant met geriatrische revalidatiezorg of medisch specialistische revalidatie. De beroepsgroep van specialisten ouderengeneeskunde maakt een onderscheid tussen zijn generalistische en specialistische medische ouderenzorg. Deze aanvullende functionele en zorgdiagnostiek zou dan kunnen vallen onder de specialistische medische ouderenzorg. Het is echter niet op voorhand duidelijk hoe deze zorg zich verhoudt tot enerzijds 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en anderzijds 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. De klinisch geriater is de medisch specialist die zich bezighoudt met aandoeningen en beperkingen die samenhangen met ouderdom. Voor 'goede zorg' is nodig dat duidelijk is 'wie' 'wat' 'wanneer' doet. Specialistische medische ouderenzorg door de specialist ouderengeneeskunde bevindt zich ergens op de as die van generalistische naar medisch specialistische ouderenzorg loopt. Ook al is de conclusie gerechtvaardigd dat deze zorg onder de Zvw zou kunnen vallen (als het al geen 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' is, dan misschien toch wel 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'), dan

---

[11] Dit blijkt ook uit de kaderopleiding ouderenzorg voor huisartsen waarbinnen, aldus het Nederlands Huisartsengenootschap, 'kennis en vaardigheden op het gebied van de medische zorg voor ouderen aan de orde komen, zowel diagnostisch als qua aanpak, behandeling en begeleiding'. Hiermee geven we overigens alleen aan dat de medische ouderenzorg in principe tot het domein van de huisarts behoort. Dit betekent niet dat de kaderhuisarts ouderenzorg synoniem is met de specialist ouderengeneeskunde.

[12] In het *Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde. Verenso. 2012* lezen wij het volgende op pagina 22:
'In beschrijvende zin kan het overgrote deel van de feitelijke populatie van de specialist ouderengeneeskunde aangeduid worden met één of meer aandoeningen uit de volgende aan de LZV-registratie38 ontleende, beperkte lijst:
– Dementiesyndroom
– Cerebrovasculaire aandoeningen (en hun late gevolgen)
– Status na orthopedische operatie
– Diabetes mellitus
– Morbus Parkinson
– Osteoporose
– Hartfalen
– COPD
– Depressie en angststoornissen
– Multiple Sclerose
– Reumatoïde arthritis
– Arthrose
– Decubitus
– Delier
– Incontinentie
– Mobiliteitstoornissen
– Zintuigstoornissen
Doelen en functies van het medisch handelen kunnen zijn: stabiliseren, revalideren, chronische somatische en/of psychogeriatrische zorg, palliatieve terminalezorg, diagnostiek met richtinggevend advies en crisisinterventie.'
Binnen de grenzen van het huisartsgeneeskundig handelen valt zorg bij deze aandoeningen voor een patiënt die thuis verblijft ook tot het professionele werkterrein van de huisarts.

nog is het noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de inhoud van deze zorg en de positionering tussen generalistische zorg en medisch specialistische zorg, om een definitieve conclusie te kunnen trekken over de plek van de zorg binnen de Zvw. Deze inzicht is nodig, alvorens we kunnen concluderen of het eerstelijnsverblijf voor deze zorg bedoeld is (misschien gaat het in het specifieke geval eerder om geriatrische revalidatiezorg of misschien nog weer een ander ‘bed’).

3.3 CSLM-zorg

Bij de beoordeling van de inhoud en plek van de specialistische medische ouderenzorg speelt ook, dat het Zorginstituut nog een duiding moeten doen van de extramurale behandeling AWBZ (nu vormgegeven via een subsidieregeling).
Onder deze ‘extramurale behandeling’ valt namelijk ‘continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg’, de zogenaamde CSLM-zorg. Volgens het beroepsprofiel voert de specialist ouderengeneeskunde de regie over deze zorg en heeft hij de verantwoordelijkheid hiervoor. CSLM is een containerbegrip waarachter vele zorgvarianten schuil kunnen gaan. In 2015 en 2016 zal het Zorginstituut deze zorg duiden en dus aangeven of deze zorg onder de Zvw kan vallen. Daarbij komt zowel de regie van de specialist ouderengeneeskunde overdeze zorg aan de orde, als de vraag of het bij CSLM-zorg wel gaat om ‘geneeskundige zorg’ in de zin van de Zvw (het kan ook gaan om ‘begeleiding’ of ‘ondersteuning’ of zorg van beroepsgroepen die niet binnen het domein van Zvw vallen).

De combinatie CSLM-zorg en eerstelijnsverblijf ligt op zich niet voor de hand, juist vanwege het continue, specifieke, systematische en langdurige karakter van deze zorg. Dit zijn nu juist kenmerken die haaks staan op de inhoud, omvang voor het eerstelijnsverblijf zoals hierboven omschreven. Overigens speelt ook hier weer de noodzaak van een zorginhoudelijke afbakening met geriatrische revalidatiezorg en medisch specialistische revalidatie.

3.4 Specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar binnen het eerstelijnsverblijf

Kan de specialist ouderengeeskunde optreden als hoofdbehandelaar binnen het eerstelijnsverblijf? De rol van hoofdbehandelaar zegt op zich niets over de inhoud van de zorg die geboden wordt. Een hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg die wordt verleend en bij multidisciplinaire zorg is hij degene die de regie voert over de zorg. We kunnen dan ook op zich niet zeggen of de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar kan optreden binnen het eerstelijnsverblijf. Dat kunnen we pas zeggen als we weten welke zorg de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar biedt. We kunnen het wel omkeren en stellen dat de specialist ouderengeneeskunde binnen het eerstelijnsverblijf hoofdbehandelaar kan zijn, voorzover hij zorg levert ‘zoals huisartsen die plegen te bieden’, met andere woorden voorzover hij, in de woorden van de beroepsgroep, generalistische medische ouderenzorg levert. Voor de specialistische medische ouderenzorg hebben wij in de vorige paragrafen inhoudelijk een voorbehoud gemaakt omdat een conclusie op dit punt meer inzicht in de inhoud van de zorg vergt en een plaatsbepaling ten opzichten van andere zorgvormen binnen de Zvw. Vooral bij multidisciplinaire zorg liggen dan raakvlakken met de geriatrische revalidatiezorg voor de hand.

Samengevat
Binnen het eerstelijnsverblijf kan de huisarts een specialist ouderengeneeskunde inschakelen voor consultatie en medebehandeling. Consultatie en medebehandeling beschouwen wij als generalistische medische ouderenzorg en deze zorg valt onder ‘zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’. Deze zorg van de specialist ouderengeneeskunde valt onder de Zvw.

(vervolg: volgende pagina)

samenvatting - vervolg
Vooralsnog kan het Zorginstituut niet beoordelen onder welke noemer aanvullende functionele en zorgdiagnostiek door de specialistische ouderengeneeskunde binnen de Zvw valt. Meer inzicht in de inhoud en omvang hiervan is nodig om te kunnen beoordelen of het bij deze diagnostiek om generalistische of specialistische medische ouderenzorg gaat. Dit is nodig om te kunnen bepalen of het eerstelijnsverblijf hiervoor aangewezen kan zijn of dat het om geriatrische revalidatiezorg gaat of, misschien, een ander 'bed'.

Het Zorginstituut moet nog beoordelen of CSLM-zorg onder de Zvw valt. Zolang dit onduidelijk is kan deze zorg niet geleverd worden binnen het eerstelijnsverblijf.

De specialist ouderengeneeskunde kan de rol van hoofdbehandelaar vervullen, voorzover hij hoofdbehandelaar is voor zorg die onder de Zvw valt. Dit geldt in ieder geval voor de generalistische medische ouderenzorg.

4 Indicatieprotocol voor het eerstelijnsverblijf

In het algemeen vormen kwaliteitstandaarden belangrijke instrumenten voor het Zorginstituut om te bepalen wat 'goede zorg' is bij een 'aandoening'. De beschrijving van 'goede zorg' is altijd het beginpunt voor een duiding.

Een kwaliteitsstandaard is een systematische beschrijving van een zorgtraject dat bij een bepaalde zorgvraag past. Afhankelijk van de betreffende zorgbehoefte of -vraag is een kwaliteitsstandaard opgebouwd uit een aantal zorgvormen. Zo worden onder andere de inhoud van de zorgverlening en de organisatie van de zorg beschreven. De inhoud van de zorgverlening begint in ieder geval met een beschrijving van de cliënten op wie het zorgtraject van toepassing is en onder welke condities. Er is nog geen kwaliteitsstandaard die zich uitspreekt over de medische noodzaak van verblijf. Een dergelijke standaard zou wel wenselijk zijn, maar op korte termijn nog een vergezicht. Voor een uniforme benadering van het eerstelijnsverblijf zal in ieder geval een vorm van indicatieprotocol geformuleerd moeten worden, waarin een aantal medische, zorginhoudelijke en organisatorische uitgangspunten worden uitgewerkt.

Hiervoor gaven we aan dat de indicatie voor het eerstelijnsverblijf in eerste instantie bij de betrokken huisarts ligt. Deze indicatiestelling behelst een professionele afweging. Het moet duidelijk worden welke overwegingen hierbij een rol spelen. Het eerstelijnsverblijf is binnen de Zvw een faciliteit tussen zorg in de eigen omgeving en (het verblijf in verband met) medisch specialistische zorg, zoals geleverd in het (psychiatrisch) ziekenhuis of de revalidatie-instelling. Deze faciliteit is aan de orde zolang er sprake is van mogelijk 'herstel' en terugkeer naar de eigen omgeving. Zodra terugkeer niet meer aan de orde is, verdwijnt de Zvw uit beeld en moet een indicatiestelling voor de Wlz overwogen worden. Hoe krijgen we inzicht in de zorginhoudelijke afwegingen die de betrokken zorgverlener maakt, om een keuze te maken tussen deze opties en hoe kunnen we toetsen of de afwegingen een beroep op de Zorgverzekeringswet rechtvaardigen?

De overweging tot opname in het eerstelijnsverblijf veronderstelt in ieder geval dat er een wijziging in de zorgbehoefte van de betrokkene heeft plaatsgevonden. Deze wijziging kan medisch van aard zijn, bijvoorbeeld een acute zorgvraag, een complicatie, ontstaan van comorbiditeit of een volgende stap bij een progressieve ziekte. De wijziging kan echter ook de omgeving van de betrokkene betreffen, bijvoorbeeld ziekte of wegvallen van de mantelzorger. Deze omstandigheden leiden niet per se tot een opschaling van 'medische' zorg, bijvoorbeeld via het inschakelen of intensiveren van de (wijk)verpleegkundige zorg of frequentere visites van de huisarts. In deze beschrijving vormt de eigen omgeving van de verzekerde het beginpunt. Er is ook een andere route mogelijk naar het eerstelijnsverblijf, namelijk vanuit het ziekenhuis (of: instelling voor medisch specialistische zorg). Het gaat dan niet om opschaling van zorg, maar om een vorm van 'neer'schaling. Het afwegingskader/indicatieprotocol moet beide 'routes' omvatten.

5 HET EERSTELIJNSVERBLIJF EN ANDERE VORMEN VAN VERBLIJF ONDER DE Zvw

In de *Inleiding* gaven we al aan dat de prestatie verblijf in het Bzv (artikel 2.12) ruim is geformuleerd en dat deze omschrijving ruimte biedt aan uiteenlopende verschijningsvormen in de praktijk. In dit hoofdstuk gaan we nader in op een aantal verblijfsvormen binnen de Zvw en hoe deze vormen zich verhouden tot het eerstelijnsverblijf.

5a. Verblijf in verband met zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden
Een belangrijke, zo niet de belangrijkste, vorm van verblijf binnen het huidige aanbod is het verblijf in verband met 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden': het algemene ziekenhuis, maar ook de revalidatieinstelling en het psychiatrisch ziekenhuis (de revalidatiearts en de psychiater zijn immers ook medisch specialisten). De afbakening tussen deze verblijfsvormen is niet zozeer van belang uit hoofde van de te verzekeren prestaties. Zij vallen alle onder de basisverzekering. Zorginhoudelijk is het van belang, omdat duidelijk moet zijn wie de verantwoordelijke behandelaar is en daarmee ook de verantwoordelijke voor opname en ontslag. De aard van de geneeskundige zorg, met andere woorden de verantwoordelijke behandelaar, bepaalt de verblijfsvorm. Met 'verantwoordelijkheid' bedoelen we hier de professionele, zorginhoudelijke verantwoordelijkheid.[13]

5b. Geriatrische revalidatiezorg
De geriatrische revalidatiezorg voorziet ook in een deel van de behoefte aan geneeskundige zorg. Deze zorg is sinds 1 januari 2013 geregeld als te verzekeren prestatie in de Zvw en gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoel in artikel 2.12 Bzv. De zorg is onderdeel van de 'geneeskundige zorg' en wordt omschreven in artikel 2.5 Bzv onder c. De bepaling luidt als volgt:

> Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Op 27 juni 2014 bracht Zorginstituut Nederland een advies uit aan de minister over de verbetering van de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg. Centraal in het rapport van juni 2014 stond de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg. De aanleiding was vooral het indicatiecriterium 'voorafgaande ziekenhuisopname'. In de praktijk bleek een deel van de patiënten niet te voldoen aan dit criterium, maar wel aan de overige zorginhoudelijke indicatiecriteria voor geriatrische revalidatiezorg. Op basis van het formele criterium konden patiënten dus verstoken blijven van zorg binnen de Zvw.

In dat rapport pleit het Zorginstituut ervoor dat de geriatrische revalidatiezorg wordt uitgewerkt in een kwaliteitsstandaard die als zorginhoudelijke onderbouwing kan gaan

---

[13] In dit verband verwijzen we graag naar *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.* KNMG. 2010 en hierin aandachtspunt 1 en de opmerking onder b.:
Aandachtspunt 1:
Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:
-het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
-de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
-belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).
Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld.
Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.
Ad b. (…)
Vooral in die gevallen waarin er op enig moment verschillende zorgverleners gelijktijdig betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt, dient duidelijk te zijn wie van hen verantwoordelijkheid is voor de inhoud van de onderdelen van de behandeling en of er sprake is van een inhoudelijk eindverantwoordelijke. De deskundigheidsgebieden en competenties van de betrokken zorgverleners dienen daarbij leidend te zijn. In bepaalde gevallen zal het duidelijk zijn wie van hen de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft, maar in andere gevallen is dit minder vanzelfsprekend of kan niet worden gesproken van inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de situatie van de cliënt als geheel. In het laatste geval kan het toch van belang zijn dat verschillende zorgverleners die elk een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben jegens de cliënt met elkaar contact hebben en zo nodig afstemmen over de inhoud of de regie van de behandeling.

fungeren voor een indicatiestelling binnen de praktijk van de zorg (overeenkomstig de systematiek van de Zvw). In het rapport constateert het Zorginstituut ook dat het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg complementaire verblijfsvormen zijn. De indicatiestelling voor het eerstelijnsverblijf en voor de geriatrische revalidatiezorg kunnen voor een groot deel van de zorgvraag en zorgbehoeftes dan ook dicht tegen elkaar aan liggen. In het rapport van juni is een eerste aanzet opgenomen van de betrokken beroepsgroepen voor een schematisch zorgpad en dat zou, volgens het Zorginstituut, een goede basis kunnen zijn voor de gewenste kwaliteitsstandaard.

In dat rapport concludeert het Zorginstituut verder dat op de langere termijn de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg (deels) kan verschuiven naar de eerste lijn, dat wil zeggen indicatiestelling onder verantwoordelijkheid van de huisarts. En dat het van belang is dat de aanspraak op de geriatrische revalidatiezorg is ingebed in de zorg voor ouderen in de Zvw. Een gedetailleerde omschrijving van de aanspraak, zoals nu geregeld in artikel 2.5c Bzv is in dan onwenselijk en overbodig zijn. Immers, de verblijfsvormen binnen de Zvw worden onderscheiden op basis van de geneeskundige zorg die geleverd wordt: huisartsgeneeskundig of medisch specialistische zorg en binnen de laatste categorie dan weer specifieke medisch specialistische zorg (psychiatrisch; revalidatie). Dit is een zorginhoudelijk onderscheid en een gedetailleerde, formele indicatiestelling zoals bij de geriatrische revalidatiezorg doorkruist deze zorginhoudelijke benadering. Wenselijk is dat eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg (en eventuele andere verblijfsvormen) zoveel als mogelijk naadloos op elkaar aansluiten. Dit kan alleen als beide uitgaan van een zorginhoudelijke indicatiestelling die zo helder mogelijk is, maar die wel ruimte geeft aan een afweging in het specifieke geval. Als het eerstelijnsverblijf vorm heeft gekregen binnen het zorgaanbod en de indicatiestelling voor de geriatrische revalidatie zorg meer zorginhoudelijk onderbouwd aan de hand van een kwaliteitsstandaard, kan de overgang tussen de diverse vormen van verblijf in de Zvw beter op elkaar aansluiten.

De omschrijving van de geriatrische revalidatiezorg in het Bzv verwijst naar de specialist ouderengeneeskunde. De zorginhoudelijke beschrijving in een kwaliteitsstandaard in combinatie met de duiding die het Zorginstituut nog zal doen rond de extramurale behandeling, zal duidelijk maken of een prestatie geriatrische revalidatiezorg nog nodig is om de specialist ouderengeneeskunde een plek te geven in de Zvw bij deze zorg.

Samengevat

Binnen de Zvw bestaan al verschillende verblijfsvormen (psychiatrische) ziekenhuizen; revalidatie-instellingen. Ook bij ‘geriatrische revalidatiezorg’ is verblijf mogelijk. Het eerstelijnsverblijf is een aanvulling op dit spectrum. Het onderscheid tussen de verschillende vormen is vanuit de te verzekeren prestaties niet per se noodzakelijk. Zij vallen alle onder de Zvw. Uit oogpunt van bijvoorbeeld bekostiging kan dit wel nodig zijn. Het onderscheid wordt gemaakt aan de hand van aard van de geneeskundige zorg waarvoor het verblijf medisch noodzakelijk is. Dit is dus een zorginhoudelijk onderscheid en het is aan de betrokken beroepsgroepen om hieraan inhoud te geven.

Dit is ook belangrijk voor de geriatrische revalidatiezorg. Voor deze zorg kent het Bzv een aparte te verzekeren prestatie in artikel 2.5, waarin een aantal formele indicatiecriteria opgenomen zijn. Het is wenselijk dat zo spoedig mogelijk een kwaliteitsstandaard tot stand komt rond deze zorg, zodat een zorginhoudelijke indicatiestelling, bij voorkeur in de eerste lijn, mogelijk wordt.

Een kwaliteitsstandaard in combinatie met de duiding van het Zorginstituut van de extramurale behandeling, zal duidelijk maken of een prestatie geriatrische revalidatiezorg nog nodig is, om de specialist ouderengeneeskunde voor deze zorg een plek te geven in de Zvw.

6 AFBAKENING Zvw-VERBLIJF en VERBLIJF ANDERE DOMEINEN

6.1 Verblijf binnen Wlz

Op het eerste gezicht lijkt de afbakening tussen eerstelijnsverblijf en (verblijf onder de) Wlz simpel. Immers, zoals gezegd is verblijf onder de Zvw kortdurend, in de zin dat het doel van de opname is de patiënt in staat te stellen terug te keren naar zijn eigen omgeving. De Wlz biedt een verblijfsmogelijkheid voor diegenen die wegens een aandoening waarvan geen herstel meer mogelijk is, langdurig zijn aangewezen op 'zware zorg'. Kortom, theoretisch sluiten eerstelijnsverblijf en Wlz elkaar uit. In de praktijk ligt dit anders. De volgende situaties zijn namelijk denkbaar:

1. *Wlz-indicatie binnenkort te verwachten*
De betrokkene heeft nog geen indicatie voor de Wlz, maar er bestaat wel uitzicht op een dergelijke indicatie. Als deze betrokkene met spoed opgenomen moet worden vanuit de eigen omgeving, dan zou dit in het eerstelijnsverblijf kunnen zijn, hoewel er zorginhoudelijk alle reden is voor opname in een Wlz-instelling. In deze situatie heeft de regelgeving voorzien. Op basis van artikel xxxxx, kan er een verrekening van kosten plaatsvinden tussen Zvw en Wlz in het geval dat na een spoedopname binnen twee weken alsnog een indicatie voor de Wlz wordt afgegeven.

2. *Wlz-indicatie en leveringsvorm in de eigen omgeving*
De indicatie voor de Wlz betekent niet dat er ook altijd sprake zal zijn van een verblijf in een Wlz-instelling. De wet onderscheidt namelijk de indicatie en de leveringsvorm. De leveringsvorm kan bestaan uit een daadwerkelijk verblijf in een instelling. De indicatie kan echter ook verzilverd worden in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, een modulair-pakket-thuis of een PGB. Dit betekent dat de betrokkene alle zorg thuis krijgt die hij anders in een Wlz-instelling had gekregen. De regelgeving van de Wlz is onverkort van toepassing op deze situatie. Dit betekent dat de *geneeskundige zorg van algemeen medische aard* is uitgesloten van de Wlz en onder de Zvw geleverd moet worden. De betrokkene heeft dan ook een eigen huisarts die als eerstverantwoordelijke zorgverlener fungeert. De Wlz definieert echter niet precies wat onder *geneeskundige zorg van algemeen medische aard* wordt verstaan. Het zou kunnen verwijzen naar zorg die niet direct samenhangt met de aandoening waarvoor de Wlz-indicatie is afgegeven. Een Wlz-indicatie veronderstelt echter (een aandoening met) een complexe zorgbehoefte. De scheidslijn tussen welke zorg wel of niet samenhangt met de aandoening en dus 'algemeen' van aard is, valt in een dergelijk geval lastig te trekken. Dit roept de vraag op waar betrokkene gaat verblijven als er een 'medische noodzaak tot verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' ontstaat. Is het eerstelijnsverblijf een optie, gezien de aard van de noodzakelijke zorg (huisartsenzorg) of prevaleert de reeds bestaande indicatie voor verblijf onder de Wlz. Het Zorginstituut meent dat de regelgeving geen sluitend antwoord geeft op deze vraag. Voor beide benaderingen zijn goede argumenten aan te dragen. Een zorginhoudelijke benadering levert wellicht meer op en is waarschijnlijk sowieso wenselijker, namelijk:

- wat is de 'goede zorg' in het gegeven geval?
- waar kan de 'goede zorg' geleverd worden?

Theoretisch is het eerstelijnsverblijf een optie, maar de beroepsgroepen van de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde hebben desgevraagd aangegeven, dat zij hoogstwaarschijnlijk niet de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid kunnen nemen in het eerstelijnsverblijf voor een patiënt met een complexe zorgbehoefte die, gezien zijn Wlz-indicatie, 7x24 uur toezicht nodig heeft. De complexiteit van de zorg is, gezien de Wlz-indicatie, aldus huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, gemiddeld hoger en zwaarder dan binnen het eerstelijnsverblijf verantwoord geleverd kan worden. Zorginhoudelijk zou dan ook verblijf in een Wlz-instelling moeten prevaleren.

3. *Wlz-indicatie en tijdelijke wijziging leveringsvorm*
Als betrokkene een Wlz-indicatie heeft en de zorg wordt thuis geleverd, kan er ook een 'medische noodzaak tot verblijf' ontstaan omdat de aandoening waarvoor de Wlz-indicatie is afgegeven verergert of omdat een complicatie ontstaat. In een dergelijk geval is er geen indicatie voor eerstelijnsverblijf. De leveringsvorm van de Wlz-indicatie verandert in 'verblijf in een instelling'. Dit hoeft niet een definitief verblijf in een Wlz-instelling te zijn, de leveringsvorm kan weer veranderen in 'zorg thuis' als de conditie van de betrokkene verbetert.

Samengevat
De afbakening tussen Wlz en Zvw wordt bemoeilijkt door twee factoren:

- de Wlz kent verschillende leveringsvormen. De zorg kan in een instelling geleverd worden, maar ook thuis (volledig of modulair pakket thuis; PGB);
- bij levering thuis, is de *geneeskundige zorg van algemeen medische aard* uitgezonderd van de Wlz. Deze zorg valt onder de Zvw. De *geneeskundige zorg van algemeen medische aard* is nog niet helder gedefinieerd.

Door deze twee punten is er onduidelijkheid of een Wlz-geïndiceerde opgenomen kan worden in het eerstelijnsverblijf. Wat prevaleert: de Wlz-indicatie tot verblijf of de aard van de zorg. De Wlz-geïndiceerde heeft thuis een huisarts onder de Zvw. Het Zorginstituut meent dat de regelgeving geen uitsluitsel geeft over deze vraag. Gezien de meestal complexe zorgbehoefte van Wlz-geïndiceerden geven de beroepsgroepen van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde aan dat zij hoogstwaarschijnlijk niet de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid kunnen nemen voor deze patiënten binnen de muren van het eerstelijnsverblijf. Uit oogpunt van 'goede zorg' gaat het Zorginstituut er dan ook vanuit dat een Wlz-geïndiceerde met zorg thuis voor verblijf in verband met 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', is aangewezen op (tijdelijke) zorg in een Wlz-instelling.

6.2 *Wmo* : *Mantelzorg, respijtzorg en eerstelijnsverblijf*

1. Eerstelijnsverblijf

In de eigen omgeving van een patiënt wordt vaak veel van de noodzakelijke zorg voor de patiënt verleend door mantelzorgers. Hun inzet kan zelfs bepalend zijn voor de mogelijkheid om thuis te blijven wonen. Het plotseling wegvallen van de mantelzorgers creëert dan een hiaat in de zorgverlening dat snel moet worden gevuld. Als overname van de mantelzorg door vervangende informele zorg niet mogelijk is, zal bezien moeten worden of een verhoogde inzet van de wijkverpleegkundige zorg het hiaat kan vullen. Opname in het 'eerstelijnsverblijf' is op zich niet aangewezen. Dit kan wel aan de orde zijn als door het wegvallen van de mantelzorg een 'hoog risico' ontstaat op gezondheidsverlies, doordat de medische situatie van de patiënt verslechtert of de zorgbehoefte escaleert. Als dit betekent dat de verzekerde onder het wakend oog van huisarts of verpleegkundige moet blijven dan is opname in het eerstelijnsverblijf mogelijk. Voor de indicatiestelling is deze situatie echter op zich niet anders dan andere situaties. Ook bij het wegvallen van de mantelzorg wordt de indicatie aan de hand van medische en zorginhoudelijke overwegingen gesteld. Hierna gaan we in op de verblijfsmogelijkheid binnen het gemeentelijk domein en de mogelijkheden tot het leveren van huisartsgeneeskundige en verpleegkundige zorg aldaar.

2. *Respijtzorg*

Respijtzorg is mogelijk om (dreigende) overbelasting van de mantelzorger te voorkomen. De Wmo wijdt expliciet aandacht aan de mantelzorger en de voorzieningen die de mantelzorger in staat stellen zijn zorg te leveren. [14] 'Kortdurend verblijf (van de 'cliënt') in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger' is één van die voorwaarden. De 'zorgvraag' ligt dan in eerste instantie dus bij de mantelzorger. Hierin schuilt ook het onderscheid met het 'eerstelijnsverblijf': dan is er sprake van een geneeskundige zorg-behoefte bij de verzekerde waarvoor verblijf medisch noodzakelijk (ook als de nadruk ligt op verpleegkundig toezicht tijdens het verblijf). Bij respijtzorg gaat de 'patiënt' logeren in een verblijf dat georganiseerd is door de gemeente. Dit verblijf kan wel weer gecombineerd worden met bijvoorbeeld wijkverpleegkundige zorg onder de Zvw. Ook de betrokken huisarts kan zonodig ingezet worden, bijvoorbeeld via een visite. Dit verblijf kan dus op zich gecombineerd worden met huisartsgeneeskundige of verpleegkundige zorg vanuit de Zvw. Het is aan de huisarts in samenspraak met de (wijk)verpleegkundige om te beoordelen of de benodigde medische en verpleegkundige zorg verantwoord en adequaat geleverd kan worden binnen een gemeentelijke verblijfsvorm via visites van huisarts en/of verpleegkundige. Is dat niet het geval dan kan uit dien hoofde toch een indicatie voor eerstelijnsverblijf ontstaan. Dit is een zorginhoudelijke afweging die de huisarts doet (in eerste instantie, los van organisatorische of zorginhoudelijke afspraken met andere artsen) in samenspraak met de wijkverpleegkundige.

Vraag is of onder 'respijtzorg' ook het verblijf wordt gerekend dat nodig is omdat een mantelzorger uitvalt (bij een verzekerde in een overigens stabiele zorgsituatie). Artikel 2.3.1 Wmo spreekt niet over die situatie. 'Uitvallen' is weer een stap verder dan (dreigende) overbelasting; er is dan ook geen sprake meer van 'respijt'. Daarnaast is de termijn voor 'respijtzorg' duidelijk omschreven en zal bij het uitvallen van de mantelzorg niet direct duidelijk zijn wanneer een structurele oplossing beschikbaar is. De regelgeving is niet duidelijk over een al of niet gemeentelijke verantwoordelijkheid in deze situatie.

---

[14] Zie artikel 2.3.1 Wmo:
Het college draagt er zorg voor dat aan personen die daarvoor in aanmerking komen, een maatwerkvoorziening wordt verstrekt.
4. Het college onderzoekt:
a. de behoeften, persoonskenmerken en de voorkeuren van de cliënt;
b. de mogelijkheden om op eigen kracht of met gebruikelijke hulp zijn zelfredzaamheid of zijn participatie te verbeteren of te voorzien in zijn behoefte aan beschermd wonen of opvang;
c. de mogelijkheden om met mantelzorg of hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk te komen tot verbetering van zijn zelfredzaamheid of zijn participatie of te voorzien in zijn behoefte aan beschermd wonen of opvang;
d. de behoefte aan maatregelen ter ondersteuning van de mantelzorger van de cliënt;
en de begripsbepalingen
maatwerkvoorziening*:* op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon afgestemd geheel van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen:1°. ten behoeve van zelfredzaamheid, daaronder begrepen kortdurend verblijf in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger, het daarvoor noodzakelijke vervoer, alsmede hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen

Samengevat
Respijtzorg is bedoeld om de mantelzorger te ontlasten. Het gaat dan niet om de zorgvraag van de 'cliënt', maar om de zorgvraag van de mantelzorger. Respijtzorg (in de vorm van 'logeeropvang') kan gecombineerd worden met visites van huisarts en wijkverpleegkundige.

Vraag is of onder 'respijtzorg' ook het verblijf wordt gerekend dat nodig is omdat een mantelzorger uitvalt (bij een verzekerde in een overigens stabiele zorg-situatie). De regelgeving is niet duidelijk over een al of niet gemeentelijke verantwoordelijkheid in deze situatie.

Als de mantelzorger uitvalt kan eerstelijnsverblijf aangewezen zijn als de 'ambulante' zorg door huisarts en/of (wijk)verpleegkundige niet volstaat.

6.3 Jeugdwet en verblijf in verband met geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Vanaf 1 januari 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen tot 18 jaar op basis van de Jeugdwet. Dit betekent dat ook het verblijf in verband met deze zorg een verantwoordelijkheid voor de gemeente wordt. Lichaam en geest zijn niet altijd duidelijk te scheiden, wat in het individuele geval de vraag kan oproepen of het gaat om somatische zorg (Zvw) of GGZ (Jeugdwet). Het Zorginstituut is bezig om de zorg die kinderartsen declareren onder de productgroep psychosociale pediatrie van de kindergeneeskunde te duiden. Deze duiding zal dan ook leidend zijn bij de vraag onder welk domein het verblijf aangeboden moet worden in het specifieke geval.

Samengevat
Het Zorginstituut zal in 2015 het onderscheid somatische zorg (Zvw) en GGZ (Jeugdwet) voor jeugdigen tot 18 jaar duiden voor de productgroep psychosociale pediatrie van de kindergeneeskunde. Deze uitwerking zal dan ook leidend zijn bij de vraag onder welk domein het verblijf aangeboden moet worden in het individuele geval.

7 PALLIATIEF TERMINALE ZORG

In de Inleiding hebben we aangegeven dat in het eerstelijnsverblijf ook palliatief terminale zorg verleend kan worden. Dit is mogelijk als de verantwoordelijk arts heeft aangegeven dat er sprake is van een levensverwachting van maximaal drie maanden.

De palliatief terminale zorg vindt plaats in de nabijheid van de verblijfsplaats van de patiënt en is voor de patiënt en zijn naasten beschikbaar, toegankelijk en gecoördineerd en dient deskundig te worden geleverd. De zorg moet passen bij de patiënt en zijn situatie. De palliatieve zorg is daarom niet in één organisatiemodel te vatten[15]. De palliatieve zorg omvat verschillende stadia die reiken van markering van het begin van de palliatieve fase tot aan de stervensfase en nazorg.

De palliatieve zorg zal in de verschillende stadia op diverse plaatsen en in diverse vormen geboden kunnen worden. De keuze is afhankelijk van de wens van de patiënt en zijn omgeving en de verblijfplaats van de patiënt. Daarbij is het streven er in toenemende mate op gericht om de palliatieve zorg in de eigen omgeving verder te versterken.

De zorgmodule palliatieve zorg 1.0 formuleert een aantal kenmerken van de palliatieve zorg. Afhankelijk van de inzichten van de betrokken zorgverleners, de wens van de patiënt en de medische situatie van de patiënt kan het aangewezen zijn de palliatieve zorg te leveren in de setting van het eerstelijnsverblijf. Zoals gezegd kan dat variëren afhankelijk van het stadium van de palliatieve zorg en de voorkeuren van de patiënt en de naasten.

Gezien de specifieke aard en inhoud van de palliatieve zorg verdient het aanbeveling aan deze zorg bijzondere aandacht te besteden in een indicatieprotocol voor het eerstelijnsverblijf. De *Zorgmodule palliatieve zorg 1.0* en het rapport *Financiering en organisatie van palliatieve zorg: De pioniersfase voorbij?* van Palliactief van maart 2011 bieden naar de mening van het Zorginstituut hiervoor voldoende aanknopingspunten.

Dit betekent niet dat het eerstelijnsverblijf de enige plek wordt voor palliatief terminale zorg. De praktijk kent verschillende vormen van palliatief terminale zorg. De zorg kan thuis geleverd worden met behulp van de inzet van een (wijk)verpleegkundige en/of verzorgende. Er zijn hospices en 'Bijna thuis-huizen'. Deze verblijfsvormen kennen uiteenlopende financieringsbronnen en vaak ook de inzet van vrijwilligers. Het is niet de bedoeling dit zorgaanbod te doorkruisen; vele hiervan hebben hun waarde bewezen en sluiten aan bij persoonlijke wensen van de patiënten en hun naasten. Er is geen reden om waardevol zorgaanbod op een precair en kwetsbaar moment voor betrokkenen onnodig met regelgeving te belasten. Voldoende is om vast te stellen dat palliatief terminale zorg zonodig kan plaatsvinden binnen het eerstelijnsverblijf.

Samengevat

Er zijn verschillende verblijfsvormen voor palliatief terminale zorg. Vooralsnog concludeert het Zorginstituut dat de verschillen tussen deze verblijfsvormen voornamelijk liggen in organisatie en bekostiging en niet in de zorginhoud. Het Zorginstituut meent ook dat als er geen zorginhoudelijk onderscheid is aan te geven, een keuze tussen de verschillende vormen overgelaten moet worden aan de direct betrokkenen. Er is geen reden om waardevol zorgaanbod op een precair en kwetsbaar moment voor betrokkenen onnodig met regelgeving te belasten. Voldoende is om vast te stellen dat palliatief terminale zorg zonodig kan plaatsvinden binnen het eerstelijnsverblijf.

[15] Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0, oktober 2013